観血的治療と保存的治療の変遷および今後の展望

血友病性関節症の治療の歴史は止血管理の歴史とともに変わってきた。1960 年代の新鮮血液や新鮮血漿による治療が行われていた頃は関節出血への対処方法は安静と固定で、進行した関節症の積極的治療は困難であった。1970 年代のクリオ製剤は一度に投与可能な凝固因子の量が数倍になり、止血効果も新鮮血液や新鮮血漿に比べ高かった。このころから関節の手術例の報告がなされてはいるが、1980 年代に登場した高濃縮製剤と家庭輸注は血友病治療を大きく変えることとなった。時と場所を選ばず補充療法が可能で、その効果も高く、生命にかかわる出血が減少し生命予後が飛躍的に延びるとともに、関節症に限らず観血的治療も積極的に行われるようになった。

出血を繰り返す慢性滑膜炎に対する治療としては、1969 年に観血的滑膜切除の有効性が、1983 年には内視鏡的滑膜切除が初めて報告（論文化は翌年）され、現在でも内視鏡的滑膜切除が我が国の標準的治療として広く行われている。なお、海外では放射線同位元素や薬剤を関節腔内に注入しての滑膜切除も行われており、コスト面での優位性も報告されている。

関節症がより進行した場合は手術が行われるが、膝・股関節では 1970 年代から人工関節置換術が行われ、膝関節は血友病性関節症に対する人工関節置換術ではその歴史も症例数も最も多くなっている。膝・股関節では骨切り術の報告もあるが、何らかの理由で人工関節が適用とならない症例に行われている。一方、足関節では固定術が行われてきており、人工関節に比べ低コストでありながら高い除痛効果が認められている。肘は橈骨頭切除術が行われてきているが、近年は足・肘関節についても少しずつ人工関節症例の報告が蓄積してきている。人工関節置換を受けた血友病患者は増えてきているが、手術時年齢が若いことや遅発性感染の問題など血友病患者での人工関節の長期成績に関して一定の結論には至っていない。1980 年代のバイパス製剤登場以降インヒビター陽性例に対しても観血的治療が行われ始めたが、症例数が増えてきたのは複数の製剤が使えるようになった 2000 年以降である。ただ、依然手術合併症に対する慎重な対応は必要である。

関節の保存的治療として理学療法は重要で、柔軟性の向上・筋力向上・固有受容器トレーニングを組み合わせて行われてきている。装具では、膝・足関節のサポーターが関節保護および機能の補助に有効とされ出血頻度の軽減にも貢献できる。肩・肘関節の出血時には固定保持目的に一時的な装具の使用が勧められているが、機能補助や出血予防として有効な上肢装具はない。

2014 年に実用化されたまたは今後実用化されそうな新たな血友病治療薬は、これまでの高濃縮製剤と比べ関節症の進行あるいは発生そのものを防止できる可能性を含んでいる。こうした薬剤により新たな血友病性関節症の発症が将来的に減少することが期待でき、血友病性関節症に対する観血的治療はもちろん保存的治療も不要になる時代がくるかもしれない。